

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris : mention MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

N^o 209

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 Mars 1905, à 1 heure

par **A. SALEM**



L'ACIDE PICRIQUE

DANS LES

MALADIES OCULAIRES EXTERNES



Président : M. DE LAPERSONNE, professeur

Juges : { MM. BERGER, professeur
BUDIN, professeur
AUVRAY, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

GENÈVE

IMPRIMERIE INTERNATIONALE. — 2, RUE DE LA ROSERAIE, 2

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. DEBOVE.

Anatomie	Professeurs : MM. P. POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	N***.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	{ DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	{ TERRIER.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	{ RECLUS.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	{ BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Professeurs honoraires:

MM. JACCOUD, FOURNIER. FARABEUF et DUPLAY.

Agrégés en exercice:

AUVRAY.	DESGREZ.	LABBÉ.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	PROUST.
BESANÇON.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFEL, chef des
BROCA, André.	GOUGET.	MAILLARD.	trav. anatom.
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNEO.	LANGLOIS.	MERY.	Vaquez.
DEMELIN.	LAUNOIS.	MORESTIN.	WALLICH.

Le Secrétaire de la Faculté: M. GRIEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon père

A mon frère

ACHER SALEM

Licencié en droit à la Faculté de Paris

A mes amis

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR FAGE

*Médecin en chef à l'Hospice Saint-Victor
chargé du cours d'Ophtalmologie à l'Ecole de Médecine*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAPERSONNE

*Professeur de Clinique Ophtalmologique de la Faculté de Médecine
de Paris*

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. TERRIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique Gynécologique

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR MAYGRIER

Professeur agrégé

Accoucheur à l'Hôpital de La Charité

Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR GALLIARD

Médecin en chef de l'Hôpital Lariboisière

Chevalier de la Légion d'Honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT PROPOS

Avant de commencer ce travail, qu'il nous soit permis d'adresser à nos Maîtres nos remerciements sincères et notre grande reconnaissance.

Que mon excellent maître, M. le Docteur Fage, médecin en chef de l'Hospice St-Victor d'Amiens, nous permette de le remercier ici publiquement pour tout l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant notre internat à l'Hospice. Nous lui sommes particulièrement reconnaissant de nous avoir soutenu dans les épreuves si difficiles du début et d'avoir bien voulu nous exercer aux opérations si délicates de l'ophtalmologie. Nous possédons aujourd'hui, grâce à ses excellents conseils et son extrême bienveillance, des notions assez complètes sur l'ophtalmologie. Qu'il soit sûr que nous lui conserverons un souvenir très affectueux et une bien grande reconnaissance.

Nous remercions M. le professeur Terrier et M. le professeur Pozzi qui ont été nos premiers maîtres en chirurgie.

Nous sommes plein de reconnaissance pour M. Galliard, médecin des Hôpitaux, qui nous a donné les premières leçons d'auscultation.

Nous gardons un grand souvenir à M. Maygrier, agrégé, pour l'extrême bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant notre stage à la Maternité de la Charité.

Que M. le professeur Delapersonne veuille bien agréer l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la Présidence de cette thèse.

Un souvenir bien affectueux à mon collègue et ami M. le Docteur Zullas, qui n'a cessé jamais de nous prodiguer ses bons conseils.

HISTORIQUE

Longtemps avant son emploi en thérapeutique, l'acide picrique était employé dans les laboratoires d'histologie pour la fixation des pièces destinées à l'examen microscopique, la décalcification des os qu'il ramollit, le tannage de certains tissus animaux qu'il colore en jaune soufre et durcit. Ses composés, notamment le picrocarminate d'ammoniaque, sont aussi d'un usage très courant en histologie.

Introduit dans l'Industrie en 1849 pour la coloration des tissus (soie, laine), son emploi tend à disparaître depuis les nouvelles découvertes faites dans le domaine des couleurs d'aniline.

La pyrotechnie en fait un grand usage pour la fabrication des explosifs et des feux d'artifice. Dans le commerce frauduleux, comme dans la falsification des bières, par exemple, on en fait malheureusement un usage très fréquent.

L'emploi de l'acide picrique, au point de vue médical, semble avoir été mentionné pour la première fois en 1858 par Calvert et Monat. Ces auteurs ont constaté que l'ingestion de cinq à dix centigrammes d'acide picrique, produit au bout de sept à huit jours

une teinte jaune de la peau, analogue à celle de l'ictère, et qui disparaît trois jours après la cessation du remède. Quelques auteurs eurent l'idée d'utiliser son amertume, et la firent entrer dans la classe des amers; Ferrand et Bouchardat le signalent comme ayant été employé contre la malaria; Parisel l'employa contre la chlorose; Bell, de Manchester, vante le picrate de cinchonine, de quinine (1-2 miligrammes par jour) comme un succédané de la quinine. Mais comme le fait remarquer Hetel: « tous ces médicaments eurent une existence éphémère, comme tant d'autres préparations pharmaceutiques plus sérieuses, qui encombrent les formulaires ».

C'est en 1875 qu'on trouve la première indication sérieuse de l'acide picrique au point de vue chirurgical. En effet, en 1875, Chéron, médecin à l'infirmerie de St-Lazare, communique au congrès de Bruxelles les résultats de l'emploi de cet acide dans la blennorrhagie et dans le traitement des plaies. Charrier, en 1876, le préconise contre les gerçures des seins. Curie, Vigier, Pouchet, en 1876 également, signalent à l'Académie des Sciences et à la Société de Thérapeutique, les bons effets des pansements des plaies avec l'acide picrique.

En 1885, après dix ans d'oubli, Thiéry reprend la cause de l'acide picrique pour ériger une méthode de traitement des brûlures superficielles qui ne tarde pas à se vulgariser et entrer dans la pratique courante. Aucun travail n'était paru à ce sujet jusqu'en 1894, lorsque le Docteur Filleul soutint à la Faculté de Médecine de Paris sa thèse inaugurale sous le titre : *Traitement des brûlures superficielles par la solution saturée d'acide picrique*. C'est alors que l'acide picrique prit une place importante en thérapeutique, et son emploi a été conseillé dans le Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet paru en 1896. Au début de cette année, le 18 janvier 1896, une nouvelle thèse était soutenue à la Faculté de Paris sous le titre : *Contribution à l'étude du traitement des brûlures par l'acide picrique*.

Pendant ce temps l'acide picrique n'était pas seulement em-

ployé contre les brûlures, divers auteurs l'essayaient dans de différentes maladies. Dès 1889, Calvelli s'en servit pour le traitement de l'érysipèle. Cerasi obtient, la même année, de très bons résultats contre l'eczéma, surtout l'eczéma impétigineux. Morau, en 1891, annonce à la Société de Biologie ses recherches sur l'acide picrique dans le traitement des épithéliomas, et à la séance du 10 juin 1893, il communique les résultats obtenus.

En 1894, Vaugrente, dans sa thèse « Essai de traitement méthodique et radionnel des ulcères de la jambe » recommande l'emploi de l'acide picrique pour achever et consolider la cicatrisation des ulcères traités par les procédés épidermogéniques habituels. La même année Vignerot, élève de Chéron, expose dans sa thèse le traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme par des injections intravésicales d'acide picrique en solution concentrée.

En 1895, le Docteur Spanocchi le signale dans le traitement du lupus et en 1896 Mac Lennan de Glasgow l'utilise pour le traitement de l'eczéma.

Le 21 mai 1897, Gaucher communique à la Société médicale des hôpitaux, les résultats obtenus par l'acide picrique dans les eczémas aigus.

Le 10 juin de la même année, Leredde fait une communication à la Société de Dermatologie et donne sa façon de procéder dans le traitement de l'eczéma avec l'acide picrique. Monmarson et Levasort ont été très satisfaits du badigeonnage avec de l'acide picrique dans les angines et les granulations chroniques de la gorge.

En 1898, mon maître le Docteur Fage le préconise contre les blépharites et en obtient des merveilleux résultats.

En 1902, le Docteur F. Re de Palerme obtient également de très bons résultats dans l'ophtalmie des nouveau-nés.

L'acide picrique a été également employé en thérapeutique vétérinaire avec de très bons résultats.

Par ce court exposé, nous avons voulu démontrer que l'acide picrique a été utilisé dans presque toutes les branches de la médecine.

cine. Il a été employé, notamment, en chirurgie, dermatologie, vénérologie, otologie, rhinologie et très peu en ophtalmologie : c'est ce dernier point de vue qui nous intéresse, et à notre modeste avis, l'acide picrique doit occuper une place moins effacée dans l'arsenal thérapeutique des maladies oculaires. C'est ce que nous nous proposons de démontrer dans les chapitres suivants.

Propriétés physiques et chimiques de l'acide picrique

L'acide picrique a été découvert par Woulfe en 1771. Son nom lui vient de l'amertume (*πικρός* amer) que présentent ses cristaux et ses solutions. Il a été également désigné sous divers noms, les uns tirés de son amertume (acide amer, jaune amer, amer de Welter), les autres tirés soit de sa composition chimique ou soit de l'origine de sa synthèse (acide carboazotique, nitroxantique, nitropicrique, chrysolépique, trinitrophénique, azocarbonique, phénoltrinitrique).

Il peut être préparé par plusieurs procédés, notamment par l'action de l'acide nitrique sur un grand nombre de substances organiques. On l'obtient actuellement par l'action prolongée de l'acide nitrique sur le phénol.

La formule est $C^6H^2(AzO^2)^3OH$. C'est un corps cristallisant soit sous forme de prismes dérivant de l'octaèdre rhomboïdal, soit sous forme de lamelles rectangulaires allongées. Ces cristaux sont brillants et de couleur jaune pâle, jaune soufre.

Il est soluble dans 86 parties d'eau à 15° et dans 26 parties à 77° : il est plus soluble dans l'alcool (1:10) et dans l'éther (1:20). Les solutions ont une couleur plus foncée que celle des cristaux (jaune doré). Sa saveur est très amère : chauffé lentement il fond à

122°.5 en une huile jaune et se sublime sans altération, mais il détonne avec violence si on le chauffe brusquement en donnant de l'eau, de l'acide carbonique, de l'azote, du bioxyde d'azote, de l'acide cyanhydrique et un résidu de charbon. Il se conduit comme un acide monobasique et forme avec les métaux et les alcaloïdes des composés susceptibles d'applications médicales : picrate de fer, d'ammoniaque, de quinine, etc. Si l'on agite la solution d'acide picrique avec de la potasse ou un sel de potassium, il se forme du picrate de potasse qui, desséché, détonne par le choc et la chaleur. Au contact de l'ammoniaque et d'un sulfure alcalin, il prend une teinte rouge violacée très caractéristique. Il coagule l'albumine dans un milieu acide et précipite de leur solution tous les alcaloïdes en général. Enfin, propriété bizarre, il teint en jaune indélébile les matières organiques animales, comme la soie et la laine, et n'a aucune action sur les matières végétales comme le coton par exemple.

Propriétés physiologiques de l'acide picrique

L'acide picrique est antiseptique, analgésique, kératoplastique.

Il est antiseptique : Cette propriété l'a fait utiliser dans les laboratoires d'histologie pour la fixation et la conservation des pièces anatomiques à examiner. Dès 1876 Chéron, dans un travail très étudié, arrivait aux conclusions suivantes : 1° L'acide picrique imprime aux plaies et ulcères une vitalité qui les entraîne rapidement vers la cicatrisation, il prévient les complications des plaies et peut même enrayer les effets de la résorption purulente. 2° L'acide picrique arrête l'incitation et le développement de la fermentation ammoniacale de l'urine dans l'organisme. 3° L'acide picrique tarit

avec une grande rapidité les sécrétions morbides des muqueuses et arrête leur envahissement par l'inflammation.

D'après Papazoglou, son application immédiate sur les brûlures empêche la formation des phlyctènes, limite l'inflammation de la peau, et les escharres déjà produites se couvrent d'une croûte formée par les albuminoïdes que coagule l'acide picrique; il n'y a jamais de suppuration comme dans les autres pansements employés contre les brûlures.

Dans le tableau comparatif des antiseptiques dressé par Duclaux, l'acide picrique occupe une place assez honorable. Il est entre l'acide benzoïque et le thymol et est supérieur à l'acide salicylique, au permanganate de potasse, à l'acide phénique, au chloroforme, au borax et à l'alcool; d'après ce même auteur, cinq grammes d'acide picrique empêchent le développement des microorganismes dans un litre de jus de viande rempli de bactéries et dix grammes arrêtent le développement des microorganismes dans le même milieu en pleine culture.

En outre, desensemencements de staphylocoques blancs et dorés dans du bouillon saturé d'acide picrique faits à plusieurs reprises, par mon maître Fage, ont toujours échoué.

De tout ce qui précède, on peut conclure que l'action antiseptique de l'acide picrique est réelle ainsi qu'admise par presque tous les auteurs.

Il est analgésique : On trouve cette affirmation dans tous les travaux consacrés à l'emploi de l'acide picrique en pansement.

« L'application de l'acide picrique en solution aqueuse sur une « plaie récente, n'est pas douloureux en général, à moins qu'il n'y « ait abrasion de l'épiderme et que la région, comme la paume de la « main, n'ait une susceptibilité particulière »; Curie.

« Il supprime la douleur, si on l'applique à un moment aussi « rapproché que possible de l'accident ». Filleul.

« La douleur est calmée instantanément, pour mieux nous « exprimer, aussitôt l'application du pansement picriqué, le ma- « lade éprouve une cuisson légère qui dure à peine une minute « mais qui n'est jamais insupportable ». Papazoglou.

» Une sensation de bien être se produit chez les eczémateux « traités par l'acide picrique : ces pauvres malades, jusque là en « proie à une cuisson plus ou moins intense, à de vives démangeai- « sons qui leur donnent des envies folles de se gratter, accusent « après le pansement d'abord une cuisson légère, de courte durée, « puis un calme complet et permanent ». Aubert.

« Dans les brûlures superficielles au premier degré, la douleur « est supprimée dans l'heure, souvent dans les instants qui suivent « l'application de la solution picriquée. Lorsqu'il s'agit de brûlures « au deuxième degré, avec conservation de phlyctènes, l'analgésie « succède bientôt à l'indolence du pansement. Ce n'est guère que « dans les brûlures au troisième degré, lorsque le derme est à nu, « que l'application de l'acide picrique provoque des picotements « très tolérables d'ailleurs ». Thiéry.

« La solution d'acide picrique supprime la cuisson et les déman- « geaisons des angles des paupières, calme l'irritation des bords « ciliaires, diminue le blépharospasme ». Fage.

Il est kératoplastique : La propriété la plus essentielle de l'acide picrique c'est d'être un agent kératinisant de premier ordre, c'est-à-dire un agent possédant la faculté d'activer l'épidermisation d'une plaie cutanée.

La réparation d'une plaie cutanée se fait ou par réunion de première intention, ou par réunion de seconde intention. Quand dans une plaie les tissus ont été simplement divisés par une section nette, comme celle qui résulte d'un instrument tranchant, et qu'ils ont pu être réunis de suite et affrontés exactement, ils se soudent d'emblée, cette réunion est dite par première intention.

Quand dans une plaie il y a perte de substance et que ses bords, pour une raison quelconque, n'ont pas pu être maintenus unis, la surface de cette plaie devient, par la suite, végétante et couverte de bourgeons charnus ; ceux-ci finissent par se recouvrir d'un épiderme nouveau, plus mince, moins stable, et plus sujet à la desquamation que l'épiderme normal, alors même que les couches épidermiques étaient complètement détruites, cette réunion est dite par seconde intention.

On admettait autrefois que les cellules épidermiques provenaient de la transformation des cellules embryonnaires de la couche superficielle des bourgeons charnus; en réalité le nouvel épithélium se forme de la périphérie au centre et provient des cellules épidermiques voisines. Dans quelques cas, des îlots d'épithélium peuvent se former sans rapports apparents avec la périphérie et provenir de petits fragments épidermiques, incomplètement détruits par la lésion initiale, ou résulter d'une sorte de greffe épidermique spontanée par la migration accidentelle de cellules proliférées des régions marginales. Dans ce processus de réparation, tout agent qui active cette épidermisation est un agent kératoplastique. Aussi tous les antiseptiques ne sont pas des kératoplastes ou épidermogènes, la plupart sont, au contraire, de kératolytiques, c'est-à-dire qui détruisent l'épiderme ou bien qui empêchent sa kératinisation. Unna, qui a étudié d'une façon particulière l'action kératoplastique de quelques substances, s'exprime ainsi :

« La cicatrisation convenable des plaies cutanées dépend du rapport qui s'établit dans la formation des feuillets meso et ectodermiques; des bourgeons charnus irréprochables peuvent rester longtemps sans s'épidermiser, ce qui se voit souvent sous nos pansements antiseptiques. Les deux feuillets ne peuvent réagir de la même façon vis-à-vis des substances chimiques et des méthodes de pansement. En effet, les principaux moyens de l'antisepsie moderne n'agissent que sur les granulations des plaies. Le phénol, l'acide salicylique, le sublimé un peu concentré sont directement kératolytiques, détruisent l'épiderme et empêchent la kératinisation.... La kératinisation se fait malgré les antiseptiques, mais elle n'est pas favorisée par eux. Le thymol, le chlore, le brome, le peroxyde d'hydrogène, l'acide acétique, le permanganate de potasse agissent de même. Au contraire, l'iodoforme et l'acide borique n'empêchent pas l'épidermisation sans le favoriser. La majorité des antiseptiques sont des oxydants, des ozonides, en même temps des substances qui activent le bourgeonnement. Peu de substances réductrices peuvent être utilisées en médecine; tel est l'acide pyrogal-

lique, substance éminemment réductrice et kératoplastique..... Toute pommade au soufre est une réserve d'hydrogène sulfuré, autre corps réducteur. Une pommade à 10 % de soufre donne des résultats surprenants, remet les bourgeons exubérants à niveau et provoque l'épidermisation..... L'ichtyol a la même action éminemment kératoplastique. Le sucre est réducteur au contact des liquides alcalins de l'économie. Le baume de Pérou et le styrax, composés d'huiles incomplètement résinifiées, continuent à s'oxyder et sont réducteurs dans la même mesure, d'où leur action si anciennement vantée. L'huile de lin est à ce point de vue infiniment supérieure à l'huile d'olives..... Il ne faut pas croire que l'épidermisation et la kératoplastie soient uniquement un processus de réduction, la deshydratation y joue un rôle considérable, d'où l'action des poudres, du nitrate d'argent..... La compression est kératoplastique en diminuant l'afflux des liquides dans les parties superficielles..... Il ne faut pas d'ailleurs confondre la dermatoplastie et la kératoplastie..... Il n'est point probable que les jeunes cellules épithéliales puissent se passer d'oxygène pour leur croissance et leur multiplication plutôt que les cellules du derme conjonctif. Les conditions pour la prolifération des deux espèces de cellules seront très analogues, mais la croissance de ces cellules ne termine pas le processus curatif des plaies, la fin n'est atteinte que par la formation de la couche cornée, c'est ce dernier processus qui est sous la dépendance de la deshydratation et de la réduction : il en résulte d'après Unna, que quand une plaie est complètement dépourvue d'épiderme, la kératinisation ne saurait être de mise. Si, au contraire, dans une plaie superficielle, l'épiderme, quoique plus ou moins altéré, est un peu conservé, le but qu'on se propose alors est de conserver, de fortifier ces débris épidermiques en sollicitant le reste de leur vitalité, et de favoriser leur transformation kératique. Ce but ne peut être atteint que grâce aux agents kératoplastiques au premier rang desquels se trouve l'acide picrique.

En effet, quand on applique un pansement picriqué à une brûlure au premier degré, on voit la réparation se faire par fixation

de l'épithélium compromis, la guérison se faire instantanément, il y a à peine desquamation furfuracée. Si l'application du pansement se fait sur une brûlure au deuxième degré avant la formation des phlyctènes ou bien avant que celles-ci ne se soient infectées, on voit que l'acide picrique fixe les éléments du derme et de l'épiderme, coagule les albuminoïdes, empêche l'épiderme de se soulever, la sérosité de s'épancher, puis l'épiderme se dessécher, s'accoler au derme et à sa chute la néoformation épidermique est déjà parachevée. Quand, au contraire, les phlyctènes se sont soulevées ou bien déchirées par place, elles ont permis l'infection, on voit la sérosité épanchée se résorber et se concréter, le membre se recouvrir des squames croûteuses et la guérison se faire par le procédé de la cicatrisation souscrustacée.

En résumé : L'acide picrique fixe les épithéliums et durcit les tissus, il conserve la couche cornée, fait résorber le liquide exudé, s'il en existe, accole la couche cornée au stratum sous-jacent et favorise l'hypergenèse kératique dans ce stratum.

Antisepsie, analgésie, kératoplastie, telles sont les trois propriétés essentielles de l'acide picrique; on peut encore ajouter qu'il n'est ni caustique, ni irritant, ni toxique.

Causticité : Les solutions saturées aqueuses, dit Thiéry, ne sont jamais caustiques; dans ces conditions, la faible solubilité de l'acide met à l'abri de tout accident. Cependant si pour d'autres besoins, on emploie des solutions plus fortes (alcooliques ou éthérées) on a certainement des escharres qui sont superficielles et qui n'intéressent que l'épiderme ou l'épithélium des muqueuses, et la plaie ainsi formée n'a aucune tendance à la suppuration.

Irritant : L'acide picrique n'est ni caustique ni irritant, il ne fait que colorer en jaune la peau saine, mais il n'occasionne jamais d'érythème, Aubert.

Papazoglou qui maniait fréquemment l'acide picrique n'a jamais présenté le moindre accident, bien que ses mains fussent très sensibles au sublimé, et chez les malades traités, dit-il, on ne constate jamais d'irritation, la peau ne présente qu'une coloration jaune qui persiste pendant quelques jours.

• *Toxicité* : L'acide pierique n'est pas toxique, c'est là un avantage qu'il présente sur la majorité des antiseptiques qui, employés à l'extérieur, peuvent être absorbés et déterminer des accidents. On peut l'appliquer sans crainte sur des vastes surfaces dont l'épiderme est altéré.

En résumé, dit Thiéry, de quelque façon que j'envisage la question, que l'acide pierique soit appliqué sur des brûlures en solution saturée, sur des plaies à l'état de poudre et même à l'intérieur à la dose de 10 centigrammes, ce qui, je le répète, représente un volume de solution très notable, et presque impossible à déglutir grâce à son amertume, j'en arrive à cette conclusion que son emploi comme topique en chirurgie est exempt de tout danger. J'ajouterai que sur près de cent observations recueillies par mes élèves ou moi, aucun accident d'intoxication n'a été relevé. Je ferai remarquer encore que la solution employée était à saturation, aucune erreur de dose préjudiciable au malade ne peut donc être faite, puisque la solution qui nous a servi contient le maximum soluble d'acide pierique.

« Syotématiquement, dit Papazoglou, pendant plusieurs mois nous avons fait des injections vaginales avec la solution d'acide pierique et il nous est arrivé plusieurs fois d'appliquer un tampon pieriqué (à l'alcool ou à l'éther) et le laisser dans le vagin comme modificateur. Nous n'avons pas constaté la moindre indisposition et nous croyons que l'acide pierique est incapable de provoquer un empoisonnement quelconque ».

Par contre, un certain nombre de chirurgiens (Latouche, Walther, Berger, Brun, etc.) ont signalé *des accidents* surtout chez les enfants, à la suite des pansements appliqués sur des brûlures. Les accidents les plus graves ont été observés par Latouche sur deux enfants, à la suite de l'application d'une pommade à la vaseline contenant vingt grammes d'acide pierique (vomissements, coliques, selles diarrhéiques jaunes, tendance au coma, teinte ictérique, urines rares et noires très chargées en acide pierique). Dans une observation de Brun un enfant succomba.

Si on analyse tous les cas publiés de ces sortes d'accidents, on trouve toujours qu'ils sont survenus à la suite d'un pansement défectueux: poudre d'acide picrique appliquée *larga-manu* sur un ulcère: vaseline picriquée à 5 " a: pansement resté trop longtemps humide: interposition d'imperméable: solution très forte à 5 " a (il y avait sans doute adjonction d'alcool), etc.

L'acide picrique produit quelquefois un *érythème*, c'est incontestable; mais on peut faire remarquer aussi que tous les antiseptiques, même le plus faible comme l'acide borique, peuvent produire de l'érythème et qu'il y a des gens qui ont des poussées d'érythème avec l'application du médicament le plus anodin: enfin que les cas d'érythème observés à la suite d'emploi de l'acide picrique sont relativement rares.

Le pansement picriqué doit être sec et rare, il ne faut pas y joindre de corps gras.

Le *seul inconvénient sérieux* de l'acide picrique c'est qu'étant doué d'un pouvoir colorant intense, il en résulte que tout ce qui sera touché par sa solution se teintera quelque peu en jaune: mais de nombreux moyens peuvent être employés pour préserver de cette coloration les mains de l'opérateur et les parties du corps et des vêtements. Il y a d'abord l'emploi de gants quand il s'agit de l'application d'un pansement très étendu: on peut aussi faire une onction préalable avec de la vaseline. Papazoglou recommande de dissoudre l'acide picrique dans de l'alcool et d'ajouter à cette teinture la quantité d'eau nécessaire pour faire une solution au titre ordinaire. La coloration que donne cette solution ne résisterait pas à un bon lavage. En outre, Prieur de Besançon recommande le lavage avec une solution saturée de carbonate de lithine: Labadie-Lagrave recommande l'eau additionnée avec de la potasse ou de l'ammoniaque. Nous avons employé constamment ce dernier moyen et nous l'avons trouvé d'une efficacité absolue.

L'acide picrique n'a pas été employé seulement comme topique des affections cutanées inflammatoires. Il a été aussi employé comme *topique de diverses affections inflammatoires des muqueuses*.

Il est bien supporté sur les muqueuses oculaires à 1 pour 250. Il est peu douloureux sur la langue, en solution saturée, il est simplement amer. La muqueuse uréthrale le supporte assez bien: en tout cas beaucoup mieux que n'importe quel antiseptique, astringent ou caustique employés ordinairement. La muqueuse du vagin ne réagit pour ainsi dire pas à l'acide picrique. On peut faire impunément des lavages avec la solution saturée. Chéron qui avait appliqué 0.64 d'acide picrique réduit en poudre fine sur un ulcère du col chez une malade atteinte en même temps de vaginite purulente, observa une heure après que la sécrétion vaginale était complètement tarie; mais il y eut une légère intoxication générale sans accident local.

L'acide picrique est donc bien supporté par la peau et les muqueuses saines ou ulcérées, infectées ou non, sèches ou suintantes.

L'acide picrique n'a plus d'usage à l'intérieur. On l'avait préconisé dans la chlorose, la fièvre intermittente, dans le goitre exophtalmique, etc. Les doses ne doivent pas dépasser 0.10 centigrammes.

Indications thérapeutiques

Les indications multiples de l'acide picrique découlent de ses trois propriétés essentielles: analgésie, antiseptie et kératoplastie.

Traitement des brûlures superficielles: C'est assurément là l'usage le plus fréquent de l'acide picrique. Le premier résultat des pansements picriqués est de supprimer totalement la douleur dans l'heure qui les suit, et le résultat définitif c'est une cicatrisation rapide et sans complication. « C'est, dit Thiéry, le pansement kéra-

togénique et kératoplastique par excellence, qui offre outre la grande simplicité de sa technique, l'avantage de n'exposer à aucune intoxication ». Il recommande, en outre, d'appliquer le pansement sec, sans interposition d'aucun imperméable entre la ouate et les compresses; de faire, au début, un pansement tous les trois jours, plus rarement même, si l'épiderme est bien conservé. L'épiderme doit toujours être respecté.

Plaies diverses : L'acide picrique paraît le traitement de choix de toutes les érosions superficielles non infectées. Charrier l'a employé avec succès dans les gercures du mamelon. Filleul l'a vu réussir dans les gélures. Les envies, éraflures, excoriations, décollements épidermiques, ampoules produites par un frottement quelconque sont justiciables du pansement picriqué. Manquat, s'appuyant sur les analogies indéniables qui existent entre les brûlures et les excoriations superficielles du soldat, traite ces dernières, et en particulier les excoriations fessières des cavaliers, par le pansement picriqué. Après une minute de cuisson vive, dit-il, ces plaies deviennent complètement indolentes, elles se recouvrent d'une croûte sèche et se cicatrisent rapidement. L'acide picrique rend indolentes les excoriations du décubitus. Il est utile dans le traitement de l'intertrigo. Les plaies des vésicatoires peuvent être traitées par l'acide picrique puisqu'elles sont tout à fait analogues aux brûlures. Chéron, dès 1876, l'a employé pour le traitement des plaies. Vaugrente, dans sa thèse, le préconise contre les ulcères des jambes. Monod, Courtellemont, l'ont également employé avec succès contre les ulcères atones des jambes.

Traitement de l'eczéma aigu : La solution au centième calme rapidement les démangeaisons de l'eczéma aigu vésiculeux et suintant ou rouge et humide (Gaucher). Dans cette affection il diminue l'œdème et l'hypérémie ainsi que le suintement. Une application tous les deux jours est suffisante. Thiéry dit qu'il a vu des herpès heureusement modifiés et guéris par l'application de ce topique, ainsi que d'autres affections vésiculeuses et bulleuses, pemphigus, hydroa, zona, etc.

Traitement de l'uréthrite : Vigneron, élève de Chéron, expose dans sa thèse de 1894, le traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme, par les injections intravésicales d'acide picrique en solution concentrée. Il nous dit que M. Chéron a employé ce traitement avec succès, contre la blennorrhagie de l'homme aussi bien que celle de la femme. Après la description de la façon de procéder, Vigneron termine son travail par cette conclusion : « L'acide picrique appliqué au traitement de l'uréthrite féminine aigue ou chronique amène la guérison radicale, après une durée moyenne de 10 à 20 jours. Nous n'avons jamais eu de complications à signaler à la suite de ce traitement ».

C'est aussi l'opinion de Papazoglou, qui revient sur ce sujet dans sa thèse de 1896.

Un médecin italien, le Docteur Scatolari, l'a essayé également dans le traitement de l'uréthrite gonococcique, et sur 100 cas par lui traités, il a obtenu des résultats forts encourageants.

Le Docteur Antonelli, médecin de la marine italienne, a eu aussi l'occasion d'employer les lavages à l'acide picrique dans une vingtaine de cas de blennorrhagie aigue. Il a pu s'assurer de l'innocuité de ces lavages, et toujours il a vu survenir une amélioration sensible dès les premiers jours du traitement, la guérison définitive, contrôlée par l'examen bactériologique, s'obtiendrait habituellement au bout de deux semaines, et cela sans l'administration d'aucun médicament. Les irrigations sont pratiquées trois fois par jour avec une solution d'acide picrique de 2 à 5 pour mille et à l'aide du même dispositif que celui dont on se sert pour les grands lavages au permanganate de potasse. A chaque séance on fait passer par l'urètre un demi litre de liquide sous une pression qui varie suivant les cas, de un mètre à un mètre cinquante. Afin de ne pas laisser dans le canal des cristaux d'acide picrique, il faut avoir soin de filtrer la solution avant de s'en servir.

Emplois divers : Calvelli, en 1889, l'a employé contre l'érysipèle. Morau, en 1891, l'a employé contre l'épithélioma. Chéron l'a employé contre la cystite, l'ozène, l'otorrhée, la fissure à l'anus, etc.

Nous avons dit que l'acide picrique a été employé à l'intérieur à la dose de 0.10 centigrammes par jour contre les fièvres intermittentes, la chlorose, le goître exophtalmique, etc.

Les indications oculaires feront l'objet du chapitre suivant.

Indications oculaires de l'acide picrique

Blépharites : La première application de l'acide picrique en ophtalmologie fut celle que mon maître Fage fit en 1898, dans le traitement des blépharites.

Les bons résultats que les oculistes obtiennent depuis très longtemps dans le traitement des blépharites avec les diverses pommades mercurielles, le nitrate d'argent, la teinture d'ode, etc., s'expliquent très facilement depuis que nous connaissons la nature microbienne de ces affections. Pour agir contre la nature infectieuse de ces affections, il a été employé tour à tour diverses substances antiseptiques comme le sublimé, le biiodure de mercure, l'aristol, l'ichtyol, le formol, le protargol, etc., mais pour que leur action bactéricide fût réelle, il a fallu employer des solutions très fortes, et c'est dans cet ordre d'idées que Despagnet et ses élèves préconisèrent le sublimé en solution glycérinée à 1 pour 30. A doses élevées, ces substances deviennent souvent caustiques, irritantes, douloureuses et mal supportées. C'est à cause de ces inconvénients que M. Fage dut rechercher des substances plus appropriées à la région des bords palpébraux et dès 1898 il publiait les premiers résultats qu'il obtenait par l'emploi de l'acide picrique.

On connaissait déjà depuis longtemps les bons effets de l'acide picrique dans les brûlures superficielles et les bons résultats qu'on

obtenait dans certaines affections cutanées telles que l'eczéma, l'herpès, la zona, etc. Cette substance était tout indiquée pour les blépharites dont les formes eczémateuses sont très fréquentes et dont les autres formes peuvent s'en rapprocher de très près. En effet, l'acide picrique agit par ses propriétés analgésiques, antiseptiques et kératoplastiques.

Par son action analgésique, l'acide picrique supprime la cuisson et les démangeaisons des angles des paupières, calme l'irritation du bord ciliaire, et diminue le blépharospasme.

Par son action antiseptique, il détruit les microbes qui siègent dans les orifices glandulaires et dans le fond des ulcérations.

Enfin, par son action kératoplastique, elle amène en favorisant la régénération épidermique, la cicatrisation rapide des fissures et des ulcérations. Grâce à cette triple action de l'acide picrique, on voit l'inflammation s'amender, la sécrétion et les croûtes disparaître, la guérison arriver plus vite qu'avec les autres traitements classiques.

Voici comment, à la clinique ophtalmologique d'Amiens, on se sert de l'acide picrique pour le traitement des blépharites.

Dans les blépharites eczémateuses, impétigineuses, on commence par ramollir et détacher les croûtes des bords des paupières à l'aide de tampons d'ouate imbibés dans une solution antiseptique tiède; puis une fois les bords ciliaires détergés et dégraissés, on fait avec un petit pinceau d'ouate un large badigeonnage avec une solution aqueuse d'acide picrique à 1 %. Pour faire ce badigeonnage, on ectropionne légèrement les bords palpébraux et après avoir étalé la solution en plusieurs couches, on attend environ une minute pour qu'il sèche et laisse un revêtement protecteur. Les bons effets de ce traitement ne se font pas longtemps attendre, la cuisson et les démangeaisons cessent presque immédiatement et bientôt la détente inflammatoire est très marquée. La couleur jaune que l'acide picrique laisse sur les bords des paupières disparaît dans les vingt-quatre heures par l'action des larmes et le frottement des paupières lorsque l'œil n'est pas bandé.

Dans les *blépharites glandulaires ulcéreuses*, il faut, après avoir détergé les bords ciliaires et enlevé les croûtes, ouvrir les petits abcès et arracher tous les cils malades. Une fois cette toilette faite, on touche séparément le fond des ulcères avec un petit pinceau d'ouate imbibé de la solution picriquée à 1 % et on finit par un badigeonnage uniforme des bords ciliaires.

Dans le but de rendre le revêtement picriqué plus adhésif, on peut employer une solution alcoolique contenant de la gomme laque, ou bien encore une solution comme celle-ci : acide picrique 0.10 centigrammes, glycérine et eau distillée aa 5 grammes.

Depuis plus de six ans un grand nombre de blépharites ont été traitées par ce procédé à la Clinique d'Amiens et toujours l'on a eu de très bons résultats. La guérison est souvent plus sûre et plus rapide qu'avec les autres procédés classiques. Nous avons soigné nous-même dans plusieurs cas, un des yeux par l'acide picrique et l'autre par un traitement classique. Nous avons eu toujours à noter un résultat plus rapide qu'avec les autres médications.

L'emploi de l'acide picrique n'exclue pas, lorsqu'ils sont utiles, les soins de la conjonctive, des voies lacrymales, de l'état général. On peut confier les applications d'acide picrique aux malades eux-mêmes, la solution employée n'étant pas dangereuse pour l'œil. Vu la petite surface en contact avec le médicament, l'intoxication n'est nullement à craindre.

Conjonctivite catarrhale: L'instillation biquotidienne de la solution à 1 % de l'acide picrique nous a donné de très bons résultats dans les conjonctivites catarrhales aiguës. On instille, matin et soir, après un lavage des yeux à la solution boriquée, 3:4 gouttes de la solution sus-indiquée. Le malade ressent une vive cuisson qui disparaît dans la minute même. On peut obvier à cet inconvénient en instillant au préalable 3:4 gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 3 %. Dès le lendemain après la première application de ce traitement la sécrétion diminue, les autres

symptômes s'amendent également et la guérison se fait dans près d'une semaine.

Dans les conjonctivites chroniques, l'acide picrique ne nous a pas donné plus de résultat que les astringeants employés communément.

Conjonctivite phlycténulaire : Dans ces conjonctivites accompagnées d'eczéma des paupières, d'impétigo de la face et du cuir chevelu, l'acide picrique nous a donné également un succès constant. Pour nous convaincre de l'efficacité de la méthode, nous avons soigné l'un des yeux malades par une des méthodes communément employées (instillation de cocaïne, pommade à l'aristol, pommade jaune, etc.) et l'autre exclusivement par des instillations d'acide picrique. Dès les premières instillations les phlyctènes s'affaissent, la photophobie disparaît, le larmolement et l'injection vasculaire de la conjonctive diminuent, et la guérison ne tarde pas à se faire plus vite et plus sûre qu'avec les autres méthodes employées communément.

Trachome et conjonctivite blennorrhagique des nouveaux-nés : Nous n'avons pas d'expérience personnelle sur l'action de l'acide picrique dans le traitement de ces conjonctivites. Notre éminent confrère et spécialiste M. le Docteur F. Re, de Palerme qui, le premier s'occupa de la question, a bien voulu, sur notre demande, nous communiquer le travail qu'il publia en 1902 à ce sujet. Nous tenons ici à le remercier de son extrême amabilité. C'est à ce travail si documenté que nous avons emprunté tout ce qui suit, et c'est également de là que nous avons traduit les sept observations que nous donnons à la fin de notre travail. Le temps nous ayant manqué pour employer nous-même cette nouvelle méthode parmi nos malades trachomateux et purulents, nous nous proposons, sitôt que nous en aurons l'occasion, de le faire et de publier nos résultats.

M. Re s'étant assuré que l'instillation de l'acide picrique dans la conjonctive était d'une innocuité absolue et exempt de toute réaction d'intolérance, l'employa dans le traitement du trachome.

Dès les premières expériences, il a pu se convaincre que l'acide picrique faisait rapidement disparaître l'état inflammatoire aigu de la conjonctive dans toutes les formes et dans tous les stades de cette affection.

« Mais là où j'ai pu obtenir, dit-il, d'importants résultats, ce fut dans la trachome au début, dans ses formes spéciales à réaction intense avec sécrétion abondante; dans ces formes où les cils sont agglutinés, les paupières sont enflammées, tuméfiées et souvent même privées de la couche cornée; dans ces cas-là, dès le deuxième jour du traitement de la forme du trachome s'améliore, la sécrétion diminue, la peau reprend son état normal; bref, de la conjonctive tuméfiée et épaissie, il ne reste que les seules granulations (s'ils existaient) sans aucune réaction ni injection vasculaires, de sorte que celles-ci ressemblent à des corps inertes, et il suffit dans ce cas de les enlever et de passer ensuite la solution employée de l'acide picrique et continuer ce traitement. Une fois l'état aigu du trachome ainsi passé, il convient alors de recourir aux astringents usuels ».

La *méthode* du traitement des conjunctivites blennorrhagiques des nouveaux-nés de M. Re consiste en des lavages fréquents à la solution boriquée, toutes les demi heures s'il le faut, et en badigeonnage, matin et soir, de la conjonctive avec la solution picrique. Après avoir renversé les paupières, M. Re badigeonne fortement la conjonctive avec un pinceau imbibé par la solution d'acide picrique, afin que l'acide picrique pénètre plus intimement la conjonctive, il laisse tomber sur elle une grosse goutte de la solution et puis il badigeonne avec le pinceau.

Ainsi traitée, l'affection évolue rapidement vers la guérison. Dès les premiers pansements, l'état aigu inflammatoire des paupières tend à disparaître, la sécrétion diminue et change facilement de caractère, de purulente elle devient rapidement catarrhale et dans peu de jours elle se réduit à quelques flocons adhérents aux replis de la conjonctive.

Pour M. Re, l'acide picrique seul pourrait guérir les formes les

plus graves de ces conjonctivites ; il conseille, néanmoins, dans ces formes, de remplacer les lavages boriqués par la solution de Kalt, parce que celle-ci, dit-il, plus que toute autre, est mieux adaptée pour la diminution de la sécrétion de la conjonctive. Il conseille seulement de supprimer totalement le sublimé compris dans cette solution, ou bien de ne formuler qu'une dose très minime.

Sa formule est la suivante :

Permanganate de potasse . .	0,30 centigrammes
Sublimé corrosif	0.05 »
Eau distillée	1,000 grammes

Il supprime complètement le sublimé quand il s'agit de traiter les cas où le chémosis est énorme et la réaction inflammatoire intense.

Quand la forme de la conjonctivite est peu grave ou bien que l'état grave du début s'est atténué, il remplace cette solution par la solution boriquée à 2 ‰.

La formule de la solution picriquée est la suivante :

Acide picrique	0,20 centigrammes
Eau distillée	} 10.— grammes
Glycérine	

Cette solution peut être employée indifféremment en badigeonnage et en instillations. Celles-ci peuvent être répétées trois ou quatre fois par jour.

Les ulcères cornéens ne sont pas une contre indication de l'acide picrique ; par son action kératoplastique, il aide à leur cicatrisation.

Vu les bons résultats que l'acide lui a toujours donné, M. Re le trouve supérieur à tous les autres agents communément employés dans cette affection, y compris le nitrate d'argent ; ce dernier remède est certainement d'une efficacité réelle, mais il présente de graves inconvénients, surtout quand à l'affection s'y ajoute des complications cornéennes.

L'acide pierique nous a donné de très bons résultats dans le traitement des kératites phlycténulaires. Les instillations doivent être faites, matin et soir, avec la solution à 1 ^o o. Sous l'influence de ces instillations, l'état inflammatoire aigu de cette affection est très vite amendé, la photophobie et le larmolement disparaissent dans les deux ou trois jours qui suivent les premières instillations et la guérison complète se fait plus rapide que par les autres moyens communément employés. La cuisson désagréable et momentanée que produisent ces instillations peut être évitée en instillant au préalable quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 3 ^o o.

Les instillations d'acide pierique nous ont donné de très bons résultats dans le stade de réparation *des ulcères de la cornée*.

En effet, avec les méthodes thérapeutiques usuelles, on arrive facilement à déterger les abcès et les ulcères de la cornée. Il n'en est pas de même pour leur réparation. Souvent la perte de substance met longtemps à se combler et l'épithélium tarde à la couvrir. Si dans ces cas on emploie l'acide pierique, on voit dès les premières instillations qu'un grand nombre de petits faisceaux vasculaires surgit des bords du limbe, s'avance vers l'ulcère et tend à combler la perte de substance. L'ulcère diminue progressivement d'étendue et parallèlement l'épithélium couvre de la périphérie vers le centre toute la surface de l'ulcère.

Observations

Observation I (Personnelle)

Fiche n° 14.962. Montigny A., d'Amiens, âgé de 8 ans, se présente à la Clinique d'Amiens le 25 juin 1904 pour une blépharite glandulo-ulcéreuse bilatérale compliquée de conjonctivite chronique.

Rien à noter sur ses antécédents héréditaires. Le malade a eu, à plusieurs reprises, des poussées de conjonctivite phlycténulaire guéries sans avoir laissé aucune trace.

Il est atteint actuellement d'une blépharite ulcéreuse bilatérale plus marquée à gauche. Les paupières sont rouges, boursoufflées, les cils sont agglutinés par des croûtes qui adhèrent à leur base. Plusieurs cils sont tombés laissant à leur place des ulcérations assez profondes. Il existe du larmolement avec photophobie. Les voies lacrymales sont perméables. Le point lacrymal gauche est légèrement éversé. La paupière inférieure gauche est eczémateuse rouge et suintante. Le malade se plaint de démangeaisons intolérables du bord des paupières. Catarrhe chronique du nez. Réfraction normale.

Dans le but de nous convaincre sur l'avantage du traitement des blépharites par l'acide picrique des autres méthodes de traitement, nous avons traité l'O. D., qui était moins atteint, par le protargol et l'O. G. par l'acide picrique.

Après avoir enlevé toutes les croûtes et épilé quelques cils des plus malades, nous avons touché les ulcérations des paupières droites avec un petit tampon d'ouate trempé dans du protargol à 20 " o. Du côté gauche nous avons touché les ulcérations avec un petit tampon d'ouate trempé dans une solution d'acide picrique à 1 % (acide picrique 1 gramme, eau distillée, glycérine aa 50 grammes) et avec le même tampon nous avons badigeonné les deux bords des paupières. Nous avons conseillé aussi des irriga-

tions nasales journalières à l'eau salée contre le catarrhe nasal et un traitement général contre le lymphatisme...

Le malade revint trois fois par semaine à la consultation subissant le même traitement que celui de la première séance. Après deux semaines de traitement, l'O. G. allait mieux que l'O. D. qui pourtant était moins malade. Du côté gauche les ulcérations étaient presque guéries, plus de larmoiement ni de photophobie, les cils épilés avaient poussé par place, quoique fins et décolorés, les bords palpébraux sont encore rouges et tuméfiés.

Du côté droit persiste encore quelques ulcérations avec léger larmoiement.

Après un mois de traitement, l'O. G. est complètement guéri, les bords palpébraux ne sont plus rouges, le point lacrymal inférieur n'est plus éversé, la conjonctivite est guérie, les cils poussent par place et ne sont plus aussi fins et fragiles que les premiers.

A droite, quoique les ulcérations soient presque cicatrisées, les bords sont encore rouges et boursoufflés. Il persiste du larmoiement et le malade se plaint des démangeaisons. Voyant les bons résultats de l'acide picrique, nous l'employâmes aussi pour l'O. D.

Le 3 août, après 18 applications, le malade pouvait être compté comme complètement guéri de ses blépharites.

Observation II (Personnelle)

Fiche n° 20.579. Marcelle T., d'Amiens, âgée de 8 ans, est venue consulter à l'hospice St-Victor le 9 juillet 1904 pour une blépharite ciliaire.

D'après sa mère, la malade a eu, à plusieurs reprises les yeux rouges, larmoyants et photophobes. Actuellement, elle a une blépharite ciliaire bilatérale. Les bords des paupières sont rouges et un peu tuméfiés. Les bases des cils sont encombrées de petites follicules furfuracées, laissant par places en les enlevant des petites ulcérations discrètes et peu profondes. Pas de larmoiement.

La malade se plaint de démangeaisons surtout le soir à la lumière. Il existe une légère conjonctivite. Réfraction normale.

Après avoir enlevé avec un tempon humide toutes les pellicules des bords des paupières, on fait avec un petit pinceau d'ouate trempé dans la solution picriquée à 1 %, un badigeonnage des bords palpébraux. On recommande au malade de faire de même matin et soir. Le 23 juillet, guérison complète.

Observation III (Personnelle)

Fiche n° 20.877. Déboubert L., d'Amiens, âgée de 8 ans, entrée à la clinique St-Victor le 6 juillet 1904 pour une conjonctivite phlycténulaire bilatérale.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Elle a eu la rougeole à 7 ans. Elle a eu jusqu'à présent de fréquentes poussées de kérato-conjonctivites phlycténulaires qui ont laissé sur les deux cornées de légères taches.

Actuellement, elle a des phlyctènes marginales sur les deux yeux, plus marquées à gauche, avec blépharospasmes, photophobie et larmoiement intense. Les conjonctives sont congestionnées, les bords des paupières sont rouges et gonflés. Impétigo de la face et du cuir chevelu, catarrhe nasopharyngien, adénites cervicales.

Comme traitement, lavage des yeux trois fois par jour avec la solution boriquée tiède à 3 %. Instillation d'acide picrique trois fois par jour avec la solution à 1:200. Irrigations nasales biquotidiennes avec une solution au naphthol; bains salés deux fois par semaine et sirop de phosphate de chaux comme traitement général. Le 20 juillet, la malade quitte la clinique complètement guérie.

Observation IV (Personnelle)

Fiche n° 17.962. Duval B., d'Albert (Somme) âgée de 9 ans, entre à la clinique St-Victor pour une kérato-conjonctivite phlycténulaire bilatérale.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels. La malade souffre depuis huit jours et n'a consulté aucun médecin ni fait aucun traitement. Etat actuel: O. G. Blépharospasme intense, paupières rouges et eczémateuses, larmolement assez abondant avec photophobie marquée. La conjonctive est très injectée, il y a un catarrhe très marqué. Phlyctènes nombreuses sur la cornée et sur le limbe, plusieurs parmi elles sont ulcérées: légère hyperémie de l'iris.

O. D.: mêmes symptômes mais plus atténués. La photophobie et le blépharospasme moins marqués: phlyctènes marginales seulement. La cornée est intacte.

Après lavage à la solution boriquée des deux yeux, on traite l'O. G. par l'acide picrique et l'O. D. avec la cocaïne et la pommade à l'aristol.

O. G.: Instillations de la solution picriquée à 1/200 trois gouttes trois fois par jour. Instillations deux fois par jour d'un collyre d'atropine (sulfate neutre d'atropine 0.05 grammes, eau distillée 15 grammes) contre l'hyperémie de l'iris.

O. D.: Instillations de la solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 % trois gouttes deux fois par jour, pommade à l'aristol (aristol 0.50 centigrammes, vaseline 10 grammes) matin et soir.

Irrigations nasales à l'eau boratée biquotidiennes, sirop iodo-tannique et deux bains salés par semaine comme traitement général.

Sous l'influence de l'acide picrique, l'œil gauche, qui était pourtant plus atteint, s'améliore dès le quatrième jour. On cessa l'atropine, l'iris n'étant plus hyperémié. Plus de photophobie ni de larmolement, le catarrhe a disparu. Les phlyctènes cornéennes se sont afaissées et les petites ulcérations sont cicatrisées. Il ne reste qu'un peu d'hyperémie de la conjonctive.

Du côté de l'O. D., il persiste encore un léger blépharospasme avec un peu de larmolement et photophobie. Le catarrhe persiste encore.

Le dixième jour, l'O. G. est presque guéri. Il persiste encore du côté droit un léger larmolement avec hyperémie de la conjonctive.

On continue à traiter les deux yeux par les instillations d'acide picrique. Le quinzième jour, la malade quitte la clinique complètement guérie.

Observation V (Personnelle)

Fiche n° 20.825. Turnine J., d'Amiens, ménagère, âgée de 42 ans, se présente à la consultation de St-Victor le 7 juillet 1904 pour une conjonctivite catarrhale aigue bilatérale.

Rien à noter sur ses antécédents héréditaires et personnels. Il y a huit jours, sans cause connue, elle a été prise de démangeaisons très pénibles aux yeux, avec des picotements et un grand larmoioement. Le lendemain, ce larmoioement avait été remplacé par une sécrétion muqueuse. Le matin les yeux étaient fortement collés et elle avait eu grande peine à les décoller. Cette sécrétion s'accroît les jours suivants, surtout la nuit. Elle commença à les laver à l'eau de camomille et, voyant qu'elle ne guérissait pas, elle eut recours à la clinique le 7 juillet 1904.

Etat actuel : Les paupières sont rouges et légèrement gonflées; les bords sont garnis de croûtes accumulées le long des cils. Ceux-ci sont agglutinés en pinceaux. La sécrétion a un caractère plus muqueux que purulent. La rougeur des bords est plus accentuée vers les angles, surtout les angles internes. La conjonctive est injectée, humide, la sécrétion est épaisse et abondante. Il n'y a pas d'injection périkeratique, les cornées sont intactes.

Comme traitement, on conseille des lavages trois fois par jour avec de l'eau boriquée à 3 %, puis matin et soir, instillations de la solution picrique à 1 %, trois à quatre gouttes à chaque séance et dans chaque œil. On lui recommande aussi le port de lunettes fumées.

Dès le lendemain, la sécrétion diminuait et la malade souffrait moins des démangeaisons, le quatrième jour toute sécrétion avait disparu, les bords ne sont plus rouges, seule la conjonctive reste un peu hyperémisée. Le sixième jour la malade était complètement guérie et cessait tout traitement.

Observation VI (Personnelle)

Fiche n° 21.535. Dassonville M., de Villers Bretonneux, apprenti maréchal, âgé de 15 ans, vint consulter à la clinique le 10 décembre 1904 pour son O. D. atteint de conjonctivite catarrhale.

Jusqu'à ce jour, le malade n'avait jamais souffert des yeux. Il a été pris tout d'un coup de démangeaisons dans son O. D. avec un larmolement intense et photophobie. Le lendemain il se levait l'œil fortement collé, ayant eu une grande peine à le décoller. Sa paupière lui semblait lourde et comme si on lui avait jeté du sable dans l'œil.

Etat actuel : O. D. les paupières sont rouges, surtout du côté de l'angle interne; les cils sont agglutinés, la conjonctive est rouge, injectée et humide; on voit dans le cul-de-sac inférieur un filament de sécrétion muco-purulente; la cornée est intacte; pas d'injection périkeratique, O. G. normal.

On conseille comme traitement des lavages à l'eau boriquée, puis instillations de 3-4 gouttes, matin et soir, avec la solution pieriquée à 1 % . On lui fait enlever son bandeau et on lui conseille le port de lunettes fumées.

Après le cinquième jour de traitement, le malade nous revint complètement guéri.

Observation VII (Re)

Vittorio A., de Palerme, est né le 24 mars 1902, son père est atteint depuis six mois d'une blennorrhagie non soignée; sa mère, dès le cinquième mois de sa grossesse, commença à avoir une sécrétion purulente par les voies génitales. Elle ne s'est depuis jamais modifiée et persiste actuellement après ses couches.

Pendant l'accouchement la sage-femme ne prit aucune précaution ni sur la mère, ni sur le nouveau-né pour éviter l'infection possible de l'enfant.

Un jour après l'accouchement, la mère s'aperçut que l'O. G. du nouveau-né larmoyait, et le lendemain elle notait dans le même œil un notable gonflement des paupières qui en empêchait l'ouverture. En entrouvrant légèrement les paupières, elle vit jaillir au dehors une grande quantité de pus jaunâtre et épais. Le même jour elle observa que l'autre œil larmoyait abondamment et était légèrement entrouvert. Elle se contenta pour ce jour de les laver à l'eau chaude. Le lendemain l'O. D. était dans les mêmes conditions que celui de gauche et c'est alors qu'elle eut recours à la Clinique.

L'enfant fut porté à la Clinique le 28 mars 1902. Les paupières étaient tuméfiées, d'une couleur un peu livide, et fermaient complètement l'œil. Il fallait faire un bon effort pour les entrouvrir. La moindre pression sur les paupières faisait surgir une abondante sécrétion jaune verdâtre et dense. La conjonctive palpébrale montrait d'abondantes hypertrophies palpillaires et le moindre attouchement la faisait saigner. La conjonctive bulbaire était rouge et ordémateuse. Le pus étant enlevé, la cornée gauche se montre intacte; à droite, où l'infection se manifesta primitivement, la cornée était opaque dans toute son étendue. L'examen bactériologique de la sécrétion montra d'abondants gonocoques avec de streptocoques.

Dans ce premier malade, soit à cause de la gravité du cas qui m'aurait évidemment guidé à des graves complications cornéennes, soit que je n'étais pas rassuré ni par mon expérience ni par celle des autres sur l'emploi de l'acide picrique, je n'ai pas voulu tenter sur la vue d'un enfant. Je me suis, pour cela, limité aux moyens usuels adoptés depuis longtemps dans la consultation et desquels nous avons eu toujours de très bons résultats, c'est-à-dire aux lavages avec la solution de Kalt et aux instillations de protargol. C'est pour cela que je conseillai à la femme qui accompagnait l'enfant la solution de Kalt, en même temps lui faisant comprendre la gravité du cas, je lui conseillai de laver les yeux le plus fréquemment possible, même si possible toutes les dix minutes, avec la solution prescrite.

Je traitai ainsi l'enfant et me suis promis de recourir à l'acide picrique lorsque le péril d'une ulcération cornéenne serait évité.

Le lendemain le malade fut présenté dans le même état. la femme qui l'accompagnait me dit qu'elle n'avait dormi de toute la nuit, qu'elle l'avait passée auprès de l'enfant, lui lavant les yeux presque toutes les dix minutes.

Entrouvrant les paupières, je trouvai la cornée gauche dans un meilleur état que la veille, à droite le trouble se maintenait stationnaire. Rassuré de ne pas avoir trouvé l'affection pire et décidé à expérimenter l'acide picrique, qui m'avait donné de très bons résultats dans les trachomes sécrétants, après avoir lavé comme d'habitude avec la solution de Kalt au lieu d'instiller le protargol, j'ai, avec un petit pinceau, fait tomber une goutte de la solution de l'acide picriqué à 1 % sur les paupières, et avec le même pinceau trempé dans la solution, je frottai sur la conjonctive. Par acquis de conscience, je n'ai pas fait espacer les lavages à la solution de Kalt.

Le lendemain 29 mars, quelle ne fut ma grande satisfaction de noter la diminution du gonflement des paupières, en les entrouvrant le jaillissement du pus jaune verdâtre ne se fit pas voir, une sécrétion blanche jaunâtre à flocons suspects se présentait à sa place. La forme de la sécrétion tendant évidemment à devenir catarrhale.

Les deux cornées étaient limpides. Je demandais à la dame qui accompagnait le malade si la veille et nuit passée celui-ci avait eu d'abondantes sécrétions. Elle me répondit qu'elle avait beaucoup diminué tout en lui lavant ses yeux, dans la journée toutes les heures et même toutes les deux heures, et seulement trois fois la nuit.

Content de ce premier succès, je persistai dans ce traitement, n'abandonnant pas pourtant les lavages avec la solution de Kalt. L'amélioration continua dans les jours suivants, et au quatrième jour du traitement avec l'acide picrique, le chémosis palpébral avait complètement disparu; l'enfant pouvait ouvrir facilement ses

yeux. Ses parents étaient très contents et me racontaient que pendant toute la journée et la nuit ils ne lavaient les yeux de l'enfant en tout quatre fois.

J'aurai pu, après le dixième jour du traitement, renvoyer l'enfant avec une ordonnance et conseiller de le traiter chez lui; mais j'ai voulu le suivre jusqu'à sa complète guérison.

Tout lavage fut abandonné le 24 avril et le traitement se réduisit aux instillations avec de l'acide picrique.

L'hypertrophie papillaire de l'O. D. avait disparu et pourtant la conjonctive se maintenait légèrement hyperémiee. Une légère hypertrophie papillaire de l'angle externe de l'O. G. persistait encore.

Le 28 avril les conjonctives étaient parfaitement normales et le malade fut congédié.

Observation VIII (Re)

Giovanna C., de Franco da Molar, est née le 4 avril 1902. Son père est blennorrhagique depuis deux ans. Il a été soigné à l'hôpital militaire pour cette maladie lors de son service militaire. Sa mère dit avoir eu très peu de sécrétions pendant la grossesse, mais sa belle-mère qui l'accompagnait m'a dit que pendant l'accouchement, avant que la poche des eaux fût rompue, une grande quantité de pus jaune verdâtre, dense et tout semblable à celui qu'on voyait sur les yeux de l'enfant, avait coulé par le vagin.

Le cinquième jour après la naissance, les parents s'aperçurent que l'enfant avait les yeux fortement gonflés, fermés et que des bords des paupières jaillissait en abondance un pus jaune verdâtre parfois mêlé avec du sang. Ils ont appelé un médecin lequel ordonna les lavages à l'eau boriquée à 2 " 0 et la renvoya à la Clinique.

L'enfant fut amené à la Clinique le 11 avril. Ses paupières étaient gonflées, la sécrétion était abondante, l'état de la conjonctive était le même que celui de l'observation précédente. Les deux cornées étaient légèrement opaques par trouble de l'épithélium. Dans ce second cas j'ai employé encore pour les lavages la solution

de Kalt, puis je passai la solution d'acide picrique à 1 % . Je prescrivis pour chez elle la même solution en conseillant de laver souvent les yeux de la malade.

Le lendemain, la malade se présenta de nouveau; le chémosis palpébral avait diminué, la qualité de la sécrétion était modifiée et n'avait plus cette couleur jaune verdâtre. Elle était d'une couleur blanc jaunâtre et plus fluide. L'épithélium cornéen des deux yeux était encore trouble. Je la traitai comme d'habitude. Le troisième jour, le chémosis avait encore diminué, la sécrétion devint catarrhale, l'épithélium cornéen était encore opaque.

Le quatrième jour, le chémosis avait presque disparu, la conjonctive était encore épaissie par l'hypertrophie papillaire, mais l'enfant pouvait ouvrir les yeux. Ses parents lavaient ses yeux très peu de fois dans la journée et quelquefois seulement la nuit; les cornées tendaient à s'éclaircir et laissaient entrevoir l'orifice pupillaire.

L'amélioration continua à grands pas les jours suivants; le 25 avril, c'est-à-dire le quatorzième jour de mon traitement, je fis suspendre tout lavage. Le chémosis avait disparu, l'hypertrophie papillaire était réduite à très peu de papilles vers les angles internes et externes, la sécrétion faisant absolument défaut, seulement on notait le matin, au réveil de l'enfant, de petites croûtes placées entre les cils. Les cornées étaient normales. Nous congédiâmes la malade tout en lui prescrivant une solution d'acide picrique à $\frac{1}{2}$ % pour des instillations faites matin et soir dans le sac conjonctival et pour quelques jours.

Observation IX (Re)

Francesca A., est née le 16 avril 1902. Mère et père sains. La mère attribue la maladie de sa petite à ce que celle-ci avait été, au moment de sa naissance, baignée dans une baignoire empruntée par la mère à une de ses parentes qui était assurément atteinte de blennorrhagie et dans laquelle cette parente avait l'habitude de faire sa-toilette.

Trois jours après la naissance, les paupières des deux yeux manifestèrent un grand gonflement accompagné d'une abondante sécrétion jaune verdâtre. La mère étant une malade qui venait souvent à la consultation de la Clinique parce qu'elle était atteinte de trachome, elle eut recours à nous pour le traitement de sa petite dès qu'elle fut dans des conditions de pouvoir se lever du lit, c'est à cause de cela que j'ai eu ce cas dès le début. L'examen bactériologique affirma le diagnostic de conjonctivite blennorrhagique. Encouragé par le résultat que j'avais eu dans les cas précédents, je pris la détermination de ne pas employer dans ce cas le permanganate et, à la place, de laver la conjonctive avec la solution boriquée à 2 % puis, comme je l'avais fait dans les autres cas, badigeonner à l'acide picrique.

La gravité du cas ne se montrait pas inférieur aux autres, c'est pour cela que la preuve devait être décisive, le chémosis conjonctival était remarquable ; la conjonctive était épaisse et facilement saignante, les cornées étaient encore intactes. Je lavai les yeux avec l'eau boriquée et par le système habituel, je passai de l'acide picrique. Dans ce traitement, j'ai l'habitude, une fois les paupières renversées, de faire tomber dans l'œil une goutte du médicament afin qu'elle s'étale dans toute la conjonctive et puis avec le pinceau je frotte à plusieurs reprises sur les paupières pour que le médicament pénètre entre les sinuosités de la conjonctive formées par l'hypertrophie papillaire.

N'ayant pas une place à la Clinique, je renvoyai la malade ainsi traitée en me promettant de la faire entrer à l'Institut et pouvoir mieux suivre l'allure de ce cas qui pour moi avait une grande importance, puisqu'il était traité par le seul acide picrique, les lavages à la solution boriquée n'ayant aucune importance.

Le résultat de ce cas ne fut nullement inférieur aux précédents. Le lendemain, lors du retour de l'enfant, je vis que le chémosis diminuait et le changement de caractère de la sécrétion avait déjà commencé. Grâce à une place vacante, j'ai pu recevoir mère et enfant à la Clinique et dès lors j'ai pu relever pas à pas les notables avantages qu'on a par l'emploi de ce médicament.

Pour la deuxième fois je pansais l'enfant de la même façon : le lendemain je la trouvai dans de très bonnes conditions et supérieures aux cas précédents. Le chémosis avait complètement disparu, la sécrétion était absolument catarrhale.

Je continuai dans le traitement établi. Le quatrième jour la sécrétion n'étant réduite qu'à de petits filets de sécrétion catarrhale adhérents aux replis de la conjonctive. Le septième jour de son entrée à la Clinique, aucun lavage ne fut plus nécessaire, seulement, lors du pansement matinal, je nettoyai avec un tampon imbibé de la solution boricuée et puis exprimé, les petites croûtelles qui se trouvaient aux angles des bords palpébraux ; le dixième jour l'enfant était presque guérie, j'espaçai le traitement en la pansant tous les deux jours.

Le quinzième jour la malade fut congédiée complètement guérie.

Observation X (Re)

Ambrogio S., de Carini, est né le 15 août 1902. La mère, atteinte de blennorrhagie, a eu pendant toute sa grossesse un écoulement muco-purulent par les voies génitales et qui persistait encore après l'accouchement. Aucune précaution ne fut prise par la sage-femme pendant l'accouchement ni pour la mère ni pour le fœtus nouveau-né. Le quatrième jour l'O. G. manifesta un chémosis palpébral avec une abondante sécrétion épaisse mêlée avec du sang. L'O. D. fut atteint le dixième jour avec le même chémosis et la même sécrétion. Pendant ce temps la mère, sur le conseil de ses amis, se contentait de laver constamment les yeux avec de l'eau boricuée, mais une fois l'autre œil atteint elle eut recours au médecin de son pays lequel, constatant la gravité du cas et une opacité diffuse des deux cornées, envoya l'enfant à Palerme.

L'enfant me fut présenté à la Clinique le 1^{er} mai. On voyait alors un chémosis palpébral énorme, la sécrétion était d'une couleur jaune verdâtre et mélangée de sang ; la conjonctive palpébrale était fortement épaisse et saignait dès qu'on renversait les pau-

pières. Les cornées étaient totalement opaques, l'épithélium cornéen intact. L'examen bactériologique était positif pour le gonocoque de Neisser. Je le pansai comme d'habitude: lavage à l'eau boriquée et l'acide pierique au pinceau. Je prescrivis pour la maison des lavages à l'eau boriquée. Le lendemain, diminution du chémosis et de la quantité de sécrétion, les conjonctives ne saignaient plus, les cornées se maintenaient opaques. Après quatre jours d'un traitement assidu, le chémosis disparaissait complètement, la sécrétion devenait parfaitement catarrhale. Ses parents lavaient peu de fois les yeux dans la journée et quelquefois dans la nuit. L'enfant tenait les yeux ouverts. Les cornées s'étaient parfaitement éclaircies; le sixième jour de son traitement, le malade était dans de telles conditions qu'à la demande de ses parents qui avaient un grand intérêt à retourner dans leur pays, j'ai pu prescrire l'acide en instillation et pu leur affirmer la complète guérison de leur enfant.

Observation XI (Re)

Puléo N., de Baghieta, est né le 23 avril 1902. Le père est blennorrhagique, la mère avait eu au septième mois de sa grossesse une vive cuisson dans les parties génitales, surtout au moment de la miction. Elle se rappelle que quelques jours après elle avait eu une abondante sécrétion, tellement abondante qu'elle se trouvait constamment mouillée. Au début la sécrétion, dit-elle, était de couleur jaune verdâtre, puis peu à peu elle devint blanc jaunâtre. Ignorant que la maladie avait été contagionnée par son mari et croyant à une simple inflammation, elle n'eut recours à aucun traitement. La sage-femme, pendant l'accouchement, ne prit aucune précaution prophylactique ni pour la mère ni pour l'enfant.

Le troisième jour de la naissance de l'enfant, l'O. G. manifesta un fort gonflement avec une assez grande quantité de sécrétion. Le lendemain on nota la même chose pour l'O. D.; la sécrétion était très abondante dans les deux yeux, c'est alors que la sage-

femme conseilla les lavages à l'eau boriquée ne s'agissant, dit-elle, que d'un refroidissement. La sécrétion continuait à être abondante, le gonflement se maintenait toujours constant, l'enfant tenait toujours les yeux fermés et il était difficile de faire écarter les paupières. Après vingt jours, la mère voulant voir les yeux de son enfant réussit à les ouvrir; c'est alors qu'elle s'aperçut que dans l'O. D. il y avait une grande tache blanche, une autre dans l'O. G., cependant plus petite que celle de l'O. D. Effrayée, elle partit pour Palerme et eut recours à la Clinique, où le professeur Angelucci reçut l'enfant d'urgence.

Le 17 mai, le jour d'entrée à la Clinique, je notai un chémosis palpébral énorme; les paupières écartées, une sécrétion blanc jaunâtre et dense jaillit au dehors, la conjonctive montrait de notables hypertrophies papillaires. L'œil nettoyé de tout le pus, j'observai à droite un ulcère cornéen qui occupait presque tout le segment inférieur de la cornée du centre jusqu'au bord inférieur, les bords à pic, le reste de la cornée un peu opaque laissait entrevoir en haut l'iris et la pupille. Celle-ci punctiforme, l'iris un peu hyperémiée spécialement à la région du petit cercle de l'iris. A gauche on voyait dans le segment inférieur de la cornée un petit ulcère de presque deux millimètres et demi d'étendue à bords inégaux, peu infiltrés, l'iris comme à droite.

Je le pansai comme à l'ordinaire, j'instillai cette fois dans les deux yeux une goutte de sulfate neutre d'atropine à 1 " o et passai l'acide picrique comme à l'ordinaire. Le même jour, huit heures après, je retournai pour le panser à l'acide picrique, une infirmière lavait les yeux à l'eau boriquée toutes les demi heures pour nettoyer la conjonctive. Au deuxième pansement, je notai seulement une légère diminution dans la quantité de sécrétion. Pendant la nuit, on fit des lavages presque toutes les heures. Je repassai le lendemain pour le panser, je trouvai une grande diminution dans la sécrétion, à tel point que quand j'écartais les paupières je n'ai pas vu le pus jaillir comme d'ordinaire, celui-ci était d'une couleur plus blanche et réduit à une moindre quantité. La

cornée un peu plus éclaircie, l'ulcère avait diminué plus de la moitié et complètement détergé. Je pensai comme d'habitude et instillai l'atropine; même traitement l'après-midi sauf l'atropine. Je notai néanmoins que du bord inférieur de la cornée de l'O. D. s'avançaient vers la superficie ulcérée de nombreux faisceaux vasculaires.

Le lendemain, notable diminution du chémosis et de la sécrétion, le petit ulcère de l'O. G. réduit à un point. A droite l'ulcère plus détergé et étroit, les faisceaux vasculaires avaient atteint ses bords. L'enfant avait les yeux ouverts.

Le jour suivant sécrétion minime, les ulcères presque détergés, les faisceaux vasculaires avaient envahi le champ ulcéré. Lavage des yeux à l'eau boricuée toutes les heures, deux fois par jour l'acide picrique.

Le sixième jour de son entrée à la Clinique, la sécrétion était réduite à une minime sécrétion catarrhale, le chémosis complètement disparu, l'ulcère en réparation.

J'espaçai les lavages, j'ajoutai trois instillations d'acide picrique à 1 % dans les 24 heures, et deux fois je badigeonnai moi-même, en tout cinq fois.

L'amélioration continua à grands pas, la sécrétion cessa complètement dans très peu de jours, l'ulcère était presque réparé. La malade fut congédiée à la Clinique le 24 mai. Elle continua à venir à la consultation tous les deux jours. Je continuai à lui instiller l'acide picrique.

Il restait à droite un petit leucome qu'à l'aide de la créoline alla en s'éclaircissant jusqu'à laisser une légère opacité cornéenne.

Observation XII (Re)

Abbratuzato V., de Palerme, est né le 10 mai 1902. Père et mère blennorrhagiques.

Deux jours après la naissance, grand gonflement de l'O. D. avec abondante sécrétion jaune verdâtre. On eut recours à moi le 16

mai. L'O. G. n'était pas encore atteint. O. D. chémosis notable, sécrétion abondante, cornée intacte. Je conseillai quelques mesures prophylactiques pour l'O. G. et la pansai comme d'habitude. Je fis le lavage à l'eau boricuée puis passai l'acide picrique. Je dis à sa mère de laver constamment chez elle avec l'eau boricuée et lui prescrivis également la solution d'acide picrique pour qu'elle instillât une goutte toutes les quatre heures.

Le lendemain la malade retournait dans les meilleures conditions, chémosis et sécrétion diminués.

La mère croyant tout péril passé, relâcha les soins qu'elle avait eu dans le traitement et dans la protection de l'autre œil. Le lendemain elle manqua au pansement et le jour suivant l'O. G. fut atteint. Alors elle revint à moi et je trouvai à gauche, dans le segment inférieur de la cornée, un petit ulcère de peu d'étendue mais profond. Je remis au traitement comme au début et ses parents commencèrent à soigner leur enfant avec sollicitude. Au troisième jour de la reprise du traitement, la sécrétion était catarrhale et le petit ulcère de l'O. G. tendait à la réparation.

La guérison se fit très vite et je pouvais congédier le malade le 1^{er} juin, lui conseillant encore les instillations à l'acide picrique. Il restait à gauche un petit leucome.

Observation XIII (Re)

Antonio L., de Palerme, est né le 15 mai 1902. Père et mère blennorrhagiques.

Deux jours après la naissance, gonflement de l'O. D., sécrétion jaune verdâtre. Le lendemain, l'O. G. contaminé. Il eut recours à moi le 21 mai, le malade présentait un chémosis palpébral des deux yeux, une sécrétion purulente abondante, saignement facile de la conjonctive, les cornées intactes. Je lavai et passai l'acide picrique comme d'habitude et je prescrivis l'acide picrique en instillations trois fois dans les vingt-quatre heures.

Le lendemain, l'enfant retourna avec une notable amélioration,

les yeux ouverts, la sécrétion était catarrhale et se réduisait à quelques flocons attachés aux replis de la conjonctive. le chémosis avait presque disparu, même traitement et fis continuer les instillations du même médicament chez lui. Le troisième jour, quand l'enfant était notablement amélioré, le malade ne fut plus amené à moi: on me le rapporta douze jours après, les cornées des deux yeux étaient ulcérées presque dans toute leur étendue, celle de gauche spécialement était un peu ectasiée faisant craindre une perforation imminente.

Tout en faisant les protestations dues, je pensai l'enfant dans ces conditions. La mère ayant pris à mal mes reproches manqua encore un jour à la consultation, mais le jour suivant l'enfant me fut ramené par sa grand-mère implorant de reprendre le traitement afin que je pusse lui rendre un peu de vue.

La cornée gauche était totalement ulcérée. A droite il restait en haut deux millimètres de cornée intacte. Je repris le traitement, je passai l'acide picrique et instillai à droite de l'atropine et à gauche de la pilocarpine.

Le lendemain, la sécrétion était presque nulle, un grand nombre de faisceaux vasculaires commençaient à pointer du limbe et envahissaient la cornée. La cornée gauche un peu plus aplatie; pansement à l'ordinaire.

L'amélioration se poursuivait le jour suivant, la sécrétion ayant presque disparu, j'instillai l'acide picrique et puis je mis pour les ulcères un peu de pommade iodoformée à 10⁰ o.

La conjonctivite ayant presque disparu, il restait à traiter les ulcères cornéens comme dans d'autres cas. Ils tendirent vite à la guérison.

Observation XIV (Zullas)

Fiche n^o 21.120. Lefèvre L., maçon, âgé de 35 ans, se présente à l'Hospice St-Victor le 21 août 1904 pour se faire enlever un brin de paille implanté dans la cornée droite.

Il revint le 25 août avec la plaie infectée, hypopion et iritis. On fait un curetage et une cautérisation au galvano des bords infiltrés.

La suppuration gagnant de terrain, on fait entrer le malade à la Clinique le 26 août; nouvelle cautérisation au galvanocautère et on instille de l'atropine. Même traitement les jours suivants, avec l'atropine, pommade à l'aristol, compresses chaudes et pansement antiseptique occlusif.

Le 10 septembre l'infiltration a disparu, le fond de l'ulcère est bien nettoyé mais la kératinisation ne se produit point. On touche légèrement au galvano. Le 20 septembre même état. En faisant miroiter la cornée, on voit que l'épithélium des bords et du fond de l'ulcère n'est pas régénéré. C'est alors qu'on fait l'application biquotidienne de l'acide picrique en attouchements avec une solution à 1 % . Sous l'influence de ce traitement, à l'exclusion de tout autre, excepté l'atropine, on a vu l'épithélium couvrir bien vite les bords et le fond de l'ulcère.

Le malade est sorti de la Clinique le 1^{er} octobre 1904 tout-à-fait guéri.

Observation XV (Zullas)

Fiche n° 21.210. Maujean J., ouvrier meunier, âgé de 56 ans, entre à l'Hospice St-Victor le 16 septembre 1904 pour se guérir de son O. G. malade.

O. G. : Il présente un ulcère infectieux superficiel de la cornée, probablement d'origine traumatique. Il y a en même temps de l'hypopion avec hyperémie de l'iris. On lui fait une cautérisation au galvano, on lui instille de l'atropine, on lui met de la pommade à l'aristol et on lui applique un pansement antiseptique.

Le 23 septembre l'ulcère se nettoie, l'infiltration et l'hypopion ont disparu, l'ulcère est à nu.

On commence les attouchements de l'ulcère avec de l'acide picrique sans aucun autre traitement. La kératinisation ne se laisse pas attendre, le miroitement est parfait dans quelques jours.

Le malade quitte la Clinique le 1^{er} octobre en conservant un néphélium qui recouvre le tiers inféro externe de la pupille.

Observation XVI (Zullas)

Fiche n^o 21.406. Délambure A., agriculteur, âgé de 56 ans, entre à la Clinique de St-Victor pour un abcès de la cornée de l'O.D. le 2 novembre 1904.

O. D. : Il présente un abcès avec de l'hypopion et iritis, larmoiement et conjonctivite chroniques. On cautérise l'abcès avec le galvano, on fait sortir un gros bourbillon de pus, la chambre antérieure est vidée. On instille de la pilocarpine, l'abcès étant périphérique, et puis pour que la chambre antérieure se reforme vite en diminuant la tension intravasculaire. Une petite fistule persiste pendant quinze jours, l'infiltration cornéenne diminue et est d'une couleur grisâtre. On fait de nouveau une légère cautérisation au galvano sur la petite fistule, et on continue la pilocarpine et la pommade.

Le 20 septembre, la chambre antérieure est reformée.

On instille de l'atropine et la pupille se dilate bien.

On continue le même traitement. La cicatrisation est lente à se produire, le fond de l'abcès est nu et non recouvert d'épithélium.

Le 25 novembre, on commence l'application de l'acide picrique en attouchements quotidiens sans autre traitement. La kératinisation s'accroît et l'ulcère se comble en laissant à sa place un leucome assez épais. Il quitte la Clinique le 10 décembre 1904, bien guéri.

Conclusions

L'acide picrique est l'agent thérapeutique par excellence des blépharites. Il est supérieur à tous les médicaments employés jusqu'ici. Par son emploi, la guérison des blépharites se fait plus vite et plus sûre qu'avec n'importe quel autre agent.

Il tarit mieux que tout autre la sécrétion des conjonctivites catarrhales aiguës.

Il fait disparaître très facilement la photophobie et le larmoie-
ment des conjonctivites phlycténulaires.

Il serait d'une grande efficacité dans le traitement du trachome, surtout dans ces formes à réaction intense avec sécrétion abondante.

Il donnerait de très bons résultats dans les conjonctivites blennorrhagiques des nouveaux-nés. Il serait supérieur à tous les autres moyens thérapeutiques communément employés jusqu'à présent, y compris le nitrate d'argent, celui-ci ayant de réels inconvénients, dans les complications cornéennes.

Il est très efficace dans la kératite phlycténulaire et active la réparation des ulcères cornéens quand celle-ci tarde à se faire.

Vu : *Le Doyen,*

DEBOVE.

Vu : *Le Président,*

DE LAFERSONNE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :

LIARD



BIBLIOGRAPHIE

- ANTONELLI. — L'acide picrique dans le traitement de la blennorrhagie (in *Sem. Méd.* 1898, p. 359).
- AUBERT. — Traitement de l'eczéma par l'acide picrique (Th. de Paris 1897).
- BORNO. — Contribution à l'étude de la blépharite ciliaire (Th. de Paris 1892).
- BROUSSE. — Indications et mode d'emploi de l'acide picrique dans les affections eczémateuses (in *Sem. Méd.* 1897, p. 336).
- CATHELINÉAU. — Dermite occasionnée par l'acide picrique (in *Sem. Méd.* 1899, p. 22).
- CERASI. — De l'acide picrique en dehors des brûlures (Th. de Paris 1902).
- CHÉRON. — Compte rendu du Congrès de Bruxelles 1896 et Médecine contemporaine (1^{er} août 1897).
- COURTELLEMONT. — In *Gaz. hebdomadaire* (1^{er} août 1897).
- CURIE. — Sur l'emploi de l'acide picrique dans le traitement des plaies (Acad. des Sciences, 30 octobre 1876).
- CURIE et VIGIER. — Bulletin de la Société Thérapeutique (22 novembre 1876).
- DEBACQ. — De l'emploi de l'acide picrique en thérapeutique (Th. de Paris 1898).
- DE LAPERSONNE. — Maladies des paupières et des membranes externes de l'œil.
- DELEBÈQUE. — Traitement du zona par les pansements à l'acide picrique (Th. de Paris 1899).
- FAGE. — *Echo Méd. du Nord* (2 janv. 1898) et *La Clinique ophtalmologique* (25 juin 1901).
- FILLEUL. — Traitement des brûlures superficielles par la solution saturée d'acide picrique (Th. de Paris 1894).
- F. RE, de Palerme. — L'acide picrique dans la conjonctivite blennorrhagique des nouveaux-nés (Arch. di Ottal., vol. X, p. 16).

- GALLEMAERTS. — Traitement des blépharites par l'acide picrique (in *Poli-clinique de Bruxelles*, 15 janv. 1898).
- GAUTIER. — Cours de chimie organique.
- HAWTORN. — Traitement des chancres phagédiniques par l'acide picrique (in *Sem. Méd.* 1900, p. 110).
- ISIDORI. — L'acide picrique contre la blépharite ciliaire (in *Sem. Méd.* 1902, p. 64).
- LEREDDE. — Soc. de dermatologie (1^{er} juin 1897).
- MAC LEENAN. — *British Medical journal* (26 déc. 1897).
- MILES. — L'acide picrique dans le traitement des brûlures (Soc. médico-chirurgicale d'Edimbourg).
- MILWARD. — Notes sur quelques usages de l'acide picrique (in *Sem. Méd.* 1903, p. 281).
- MORAU. — De l'acide picrique dans le traitement des brûlures (Soc. de biol., séance du 30 juin 1893).
- PAPAZOGLOU. — Traitement des brûlures par l'acide picrique (Th. de Paris 1896).
- PRIEUR DE BESANÇON. — Union pharmaceutique (juillet 1897).
- SCRINI. — Précis de thérapeutique oculaire 1904.
- SPANOCCHI (di Citta di Castello). — L'acide picrique dans le traitement du lupus et des tubercules osseux (in *Sem. Méd.* 17 janv. 1895).
- THIÉRY. — *Gaz. des Hôpitaux* des 18 janv. et 27 févr. 1897 et *Progrès Médical* 1895.
- VAUGRENTE. — Essai de traitement méthodique et rationnel des ulcères de jambe (Th. de Paris 1894).
- VIGNERON. — Le traitement de l'urétrite blennorrhagique chez la femme par les injections d'acide picrique en solution concentrée (Th. de Paris 1894)
-